

ВЫ МОЖЕТЕ ИМЕТЬ ПРАВО НА УСЛУГИ, ЗАМЕЩАЮЩИЕ ДОЛГОВРЕМЕННУЮ ПОМОЩЬ

Программа замещающих услуг может предоставить Вам денежные или неденежные услуги для удовлетворения особой текущей или срочной нужды. Внимательно прочтайте это положение-инструкцию. В ней изложены факты, которые помогут Вам решить, насколько эти услуги приемлемы для Вас. Вы должны заполнить и подписать Договор на замещающие услуги.

ФАКТЫ ОТНОСИТЕЛЬНО ЗАМЕЩАЮЩИХ УСЛУГ

- Округ определяет, имеете ли Вы право на замещающие услуги. Услуги предназначены **только** для лиц, которые:
 - Могут извлечь пользу от замещающих услуг и смогут избежать необходимости получения ежемесячной денежной помощи, **и**
 - Имеют очевидное право на денежную помощь, **и**
 - Нуждаются в некоторой денежной или неденежной помощи для удовлетворения текущей необходимости или срочной нужды.
- Вы можете получить замещающие услуги **только** во время подачи заявления. Если Вы выберете денежное пособие, Вы не будете иметь право на замещающие услуги.
- Вам следует **выбирать** замещающие услуги **только** в том случае, если Вы не нуждаетесь в пособии или не хотите получать ежемесячное денежное пособие.
- Вы можете иметь право на талоны на питание и помощь по программе Medi-Cal, а также помощь по уходу за детьми.
- Вы должны согласовать с округом метод оплаты за оказание замещающих услуг.

ВЫБОР ЗАМЕЩАЮЩИХ УСЛУГ ВМЕСТО ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ.

Если Вы выберете получение замещающих услуг:

- Вы не будете получать **ежемесячную** денежную помощь.
- Вы должны подписать приложенный Договор на замещающие услуги.
- Вы получите извещение, в котором:
 - Вас известят об отказе в Вашем заявлении на денежную помощь, **и**
 - Ознакомят с избранным методом оплаты за оказание замещающих услуг и количеством месяцев, в которые эти услуги будут предоставлены.
- Вы получите отдельное извещение об утверждении или отказе в Вашем заявлении на другие виды помощи, такие, как: талоны на питание и помощь Medi-Cal.
- Вы должны сказать своему работнику, если у Вас есть нужда в помощи по уходу за детьми в период получения замещающих услуг.

ЕСЛИ ВЫ НЕ ВЫБИРАЕТЕ ПОЛУЧЕНИЕ ЗАМЕЩАЮЩИХ УСЛУГ, СООБЩИТЕ ОКРУГУ О ТОМ, ЧТО ВЫ ХОТИТЕ ПОЛУЧАТЬ ЕЖЕМЕСЯЧНУЮ ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ, ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ НА ЭТО ПРАВО.

ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ЗАМЕЩАЮЩИХ УСЛУГ

Если Вы подаете заявление на денежную помощь после получения замещающих услуг и:

- До окончания периода предоставления замещающих услуг, Вы должны разрешить округу, или:
 - Понизить Ваше ежемесячное денежное пособие на сумму определенную округом для удержания стоимости замещающих услуг/выплат, **или**
 - Засчитать весь период предоставления замещающих услуг в 60-ти месячный лимит времени.
- После окончания периода предоставления замещающих услуг округ засчитает только один месяц из этого периода в 60-ти месячный лимит времени.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЕРИОДА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ЗАМЕЩАЮЩИХ УСЛУГ

Для исчисления периода предоставления замещающих услуг округ:

- Определяет покупательскую цену или текущую стоимость для всех неденежных услуг, получаемых Вами.
- Считает сумму выплат/услуг и делит ее на Максимальный размер пособия, установленного для Вашей семьи на время, когда Вы получали замещающие услуги.

ПРИМЕР ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЕРИОДА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ЗАМЕЩАЮЩИХ УСЛУГ

- Заявительница с двумя детьми на иждивении получает \$1,375 для срочного ремонта своей машины, чтобы она после этого могла продолжать ездить на работу.
- С учетом Максимального размера пособия в \$596 на семью из 3 человек, определенного на то время, когда она обратилась за замещающими услугами, период предоставления услуг составит 2 месяца (\$1,375 поделенные на \$596 = 2.3 месяца; после округления этой цифры имеем 2-х месячный период).

ДОГОВОР НА ЗАМЕЩАЮЩИЕ УСЛУГИ**Программа CalWORKs**

НАЗВАНИЕ ДЕЛА	НОМЕР ДЕЛА	ИМЯ РАБОТНИКА	НОМЕР РАБОТНИКА
---------------	------------	---------------	-----------------

WORKER COMPLETES/ЗАПОЛНЯЕТ РАБОТНИК:

- Денежная выплата в сумме \$ _____ для следующей нужды: _____
- \$ _____ Неденежные услуги: Покупательская цена или текущая стоимость для неденежных услуг: _____
- Опишите неденежные услуги: _____
- Период предоставления безденежных услуг: с _____ (ДАТА) до _____ (ДАТА) .

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЗАЯВИТЕЛЕМ:

Я выбираю получение замещающих услуг по причине того, что я не нуждаюсь или не желаю получать ежемесячное денежное пособие, но в настоящее время я нуждаюсь в некоторой денежной или неденежной помощи для того, чтобы разрешить текущую нужду или

Поставьте инициалы возле каждого пункта

_____ Я удостоверяю, что я прочитал положение-инструкцию. Я понимаю правила и мою ответственность за выбор замещающих услуг вместо получения ежемесячного денежного пособия.

Я также понимаю, что:

_____ Я получу письмо, извещающее об отказе в моем теперешнем заявлении на денежную помощь и информирующее меня об избранном методе оплаты за оказание услуг и количестве месяцев, в которые эти услуги будут предоставлены.

- При расчете количества месяцев оказания замещающих услуг округ определит стоимость оплат/услуг и разделит ее на Максимальный размер пособия, установленного для моей семьи на то время, когда я получал замещающие услуги.
- Для определения периода предоставления замещающих услуг округ определит покупательскую цену/текущую стоимость для всех безденежных услуг.

_____ Я получу отдельное извещение об утверждении или об отказе в моем заявлении на другие виды помощи, такие как: талоны на питание и помощь по программе Medi-Cal.

Если я подам заявление и буду признан имеющим право на денежную помощь до окончания периода оказания замещающих услуг, я должен сообщить округу, что я избираю, или:

- Выплатить денежную стоимость полученных замещающих услуг путем понижения моего ежемесячного пособия на сумму, определенную округом, или
- Засчитать все месяцы получения замещающих услуг в 60-ти месячный лимит времени, в который я имею право на получение помощи.

Если я подам заявление на денежную помощь после окончания периода предоставления замещающих услуг, округ

подпись РОДИТЕЛЯ или ПРИСМАТРИВАЮЩЕГО РОДСТВЕННИКА	ДАТА
подпись ВЗРОСЛОГО СУПРУГА или другого РОДИТЕЛЯ (ПРОЖИВАЮЩЕГО В ДОМЕ)	ДАТА
подпись СВИДЕТЕЛЯ, ПЕРЕВОДЧИКА или другого лица, ЗАПОЛНЯЮЩЕГО ФОРМУ	ДАТА

Я удостоверяю, что родитель/присматривающий родственник получил копию формы CW 88 "Положение-инструкция и Договор на замещающие услуги". Родитель/присматривающий родственник заявляет, что он/она понимает правила и свою ответственность за выбор замещающих услуг вместо получения ежемесячного денежного пособия. Родитель/присматривающий родственник также заявляет, что понимает правила, определяющие период получения замещающих

подпись РАБОТНИКА ОКРУГА	ДАТА
--------------------------	------

COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)**Diversion Period Calculation:**

Diversion Amount \$ _____ ÷ AU MAP \$ _____ = _____ months. (Exclude partial months.)